

## AUTOEVALUACIÓN PARA NIÑOS/ ADOLESCENTES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS ADICTIVAS

Aplicar a todos los niños de 11 años o más. El profesional médico determinará si es clínicamente apropiado aplicarla cuando el niño sea menor de 11 años de edad. El profesional médico la podrá aplicar oralmente o el niño la podrá llenar por escrito.

Fecha en que se llenó: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Responde "SÍ" o "NO" a estas preguntas:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Fumas cigarrillos?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. a. ¿Consumes actualmente bebidas alcohólicas, marihuana, inhalantes u otras drogas?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| b. ¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas, marihuana, inhalantes u otras drogas?   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Consumes bebidas alcohólicas o drogas los fines de semana con los amigos?   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿Consumes bebidas alcohólicas o drogas cuando estás solo?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. ¿Tus padres te han pescado alguna vez consumiendo bebidas alcohólicas o drogas?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Alguna vez te has salido de la escuela para consumir bebidas alcohólicas o drogas?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. ¿Alguna vez has estado bajo los efectos de bebidas alcohólicas o drogas en la escuela o el trabajo?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. ¿Alguna vez te has despertado y no has recordado nada o sólo una parte de lo que pasó la noche anterior después de haber consumido drogas o bebidas alcohólicas? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. ¿Alguna vez has manejado un carro o una motocicleta estando bajo los efectos de drogas o bebidas alcohólicas?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. ¿Alguna vez has consumido más bebidas alcohólicas o drogas de lo planeado?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. ¿Alguna vez has sentido la necesidad de reducir o dejar completamente de consumir drogas o bebidas alcohólicas?   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. ¿Alguna vez te han sugerido tus amigos que a lo mejor tienes un problema con las bebidas alcohólicas o las drogas?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. ¿Alguna vez alguien ha buscado ayuda profesional para ti debido a tu consumo de drogas o bebidas alcohólicas?   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. ¿Alguna vez has perdido un novio / novia / amigo cercano a consecuencia de tu consumo de bebidas alcohólicas o drogas?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 15. ¿Estás consumiendo más bebidas alcohólicas o drogas de lo que acostumbrabas?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

Esta información confidencial se le entrega de conformidad con las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, entre otras, los del Código de Asistencia Pública e Instituciones, el Código Civil y las Normas de Confidencialidad de la HIPAA correspondientes. Se prohíbe duplicar esta información para su divulgación adicional sin la autorización previa y por escrito del paciente/ representante autorizado a quien se refiera, excepto en los casos que se permita por ley.

Name:

MIS #:

Agency:

Prov.#:

**Los Angeles County - Department of Mental Health**

**CHILD/ADOLESCENT SUBSTANCE USE SELF EVALUATION**  
**AUTOEVALUACIÓN PARA NIÑOS/ ADOLESCENTES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS ADICTIVAS**